

Artroplastia por hemirresección de la articulación radiocarpiana



La articulación radioulnar distal permite la rotación del antebrazo, haciendo que la palma de la mano se gire hacia arriba y hacia abajo, tal como ocurre al verter líquido de una tetera. La hemirresección alivia el dolor y el desgaste de la articulación, manteniendo al mismo tiempo dicha rotación.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Este protocolo le servirá de guía para su recuperación tras la **hemirresección e interposición en artroplastia de la articulación radioulnar distal (DRUJ)**, una intervención quirúrgica que remodela el extremo desgastado del antebrazo para permitir una rotación cómoda y sin dolor; el procedimiento fue realizado por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. El proceso comienza con un programa de ejercicios para realizar en casa, seguido del protocolo clínico estructurado destinado a su terapeuta de mano; lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia para garantizar que la rehabilitación se lleve a cabo de manera coordinada. Su terapeuta podrá modificar el plan según el avance de su recuperación.

Si tiene alguna duda respecto a su herida postoperatoria, no dude en ponerse en contacto con el consultorio. A menudo resulta útil tomar una fotografía de la herida y enviarla por correo electrónico para su evaluación.

Qué esperar

La articulación radiocubital distal (ARCD) es la pequeña articulación situada cerca de la muñeca, en el lado del meñique, donde se unen los dos huesos del antebrazo: el radio y el cúbito. Es la articulación que permite girar el antebrazo, colocando la palma hacia arriba (supinación) o hacia abajo (pronación). Cuando esta articulación se desgasta y desarrolla artritis, el movimiento de rotación del antebrazo resulta doloroso.

En una **artroplastia de hemirresección**, únicamente se elimina la parte desgastada y artrítica de la cabeza del cúbito (una extracción *parcial*: “hemi” significa mitad); luego se introduce un pequeño trozo de tejido blando propio en el espacio resultante para evitar el roce entre las superficies articulares. Esta intervención preserva las estructuras estabilizadoras clave, entre ellas el TFCC (el manto de cartílago y ligamentos que sostiene la muñeca

en ese lado), el estiloides cubital y las inserciones de tejido blando, de modo que el extremo del cúbito permanece bien sujeto. Esto la diferencia de una extirpación total de la cabeza del cúbito (procedimiento de Darrach).

Dado que las superficies articulares se remodelan en lugar de repararse o reconstruirse, no hay tendones ni ligamentos que deban cicatrizar bajo protección durante meses. El objetivo de esta operación es lograr una **rotación del antebrazo sin dolor**; por ello, la parte más importante de la rehabilitación consiste en iniciar dichos movimientos lo antes posible. Tras un breve período de protección con férula para que el tejido blando se asiente, recuperar la capacidad de girar el antebrazo (palma arriba y palma abajo) se convierte en el eje principal de la recuperación. Posteriormente, se irá aumentando gradualmente la fuerza y la carga soportada.

Precauciones y limitaciones

- Durante las primeras dos o tres semanas aproximadamente, use la férula según las indicaciones; esta limita suavemente la rotación del antebrazo mientras el tejido interpuesto se asienta. Mantenga los dedos y, cuando se permita, la muñeca en movimiento en todo momento.
- Una vez que le retiren la férula, haga de la rotación del antebrazo su prioridad, procurando que sea indolora y sin carga. Al principio, la rotación debe realizarse con la mano vacía, sin oponer resistencia alguna.
- **NO** someta el antebrazo a cargas rotativas en las primeras fases: no gire tapas de frascos, no retuerza paños, no utilice destornilladores ni lleve bolsas pesadas del mismo lado hasta que se autorice el fortalecimiento muscular (normalmente alrededor de seis a ocho semanas).
- Preste atención a cualquier dolor o sensación de inestabilidad en el lado del meñique de la muñeca al empujar o aplicar carga al antebrazo, pues es precisamente esa zona la intervenida quirúrgicamente. Comuníquese a su terapeuta de mano; no insista si siente molestia.
- Desde el inicio, mantenga los dedos, el pulgar, el codo y el hombro en movimiento libre; además, puede utilizar la mano para tareas cotidianas ligeras siempre que le resulten cómodas y no impliquen torsión forzada o carga.

Para el cuidado de la herida, la reducción de la hinchazón y el manejo de las cicatrices, consulte las pautas de [cuidado de heridas](#) de nuestra consulta.

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto. Comience a realizarlos únicamente bajo la guía del Dr. Hirpara y de su terapeuta especializado en mano, respetando siempre los rangos y límites que le hayan indicado. El **movimiento de los dedos** debe iniciarse de inmediato. La **rotación del antebrazo** (el ejercicio central de toda esta terapia) y el **movimiento de la muñeca** comienzan una vez que se le retire el yeso, generalmente a las dos o tres semanas; a partir de entonces, la rotación se convierte en su principal objetivo. El **masaje de la cicatriz** se inicia una vez que la herida haya cicatrizado por completo. El **fortalecimiento de la prensión y de la rotación** corresponde a una fase posterior y no debe iniciarse hasta que se le dé autorización expresa. Interrumpa cualquier ejercicio que provoque dolor intenso en el lado del meñique de la muñeca.

Su protocolo clínico

El resto de esta página describe el protocolo clínico por etapas para la rehabilitación tras una hemiresección con interposición en artroplastia de la articulación radioulnar distal. Esta sección debe entregarse a su terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial sobre lo que ocurre. Se trata de un procedimiento de remodelado articular (artroplastia), no de una reparación: no existe ninguna estructura sometida a tensión que deba protegerse durante meses. La restricción impuesta es breve: un período corto con férula para permitir que la interposición de tejidos blandos y la cápsula articular se asienten; tras ello, la prioridad explícita es restablecer cuanto antes la rotación del antebrazo, pues esa es la función que se busca recuperar con la intervención. La carga principal a respetar en todo momento es la carga rotacional sobre el extremo distal del cúbito, ya que es lo que provoca inestabilidad dolorosa del muñón ulnar y la convergencia radioulnar.

Antes de iniciar el tratamiento, revise el informe operatorio del paciente y su historial médico; además, consulte con el cirujano tratante sobre cualquier procedimiento simultáneo (reparación del CFMT, osteotomía del radio distal, neurectomía del NPI, reconstrucción de tendones extensores), la estabilidad del muñón ulnar evaluada intraoperatoriamente, así como la férula prescrita y el límite de rotación permitido. La realización simultánea de una reparación del CFMT o de una osteotomía del radio distal prolonga el período de protección; en cambio, una hemiresección aislada por artritis degenerativa o postraumática sigue el protocolo más breve que se describe a continuación. El Dr. Hirpara preserva el CFMT, el estiloides ulnar y las inserciones de tejidos blandos del cúbito, por lo que el extremo distal del cúbito sigue contando con soporte; en consecuencia, la rehabilitación puede enfocarse en recuperar la rotación desde las primeras etapas.

FASE I – ADAPTACIÓN PROTEGIDA CON FÉRULA (SEMANAS 0 A 2-3)

Durante las primeras dos o tres semanas, se protege el tejido blando interpuesto y la cápsula, mientras se mantiene la movilidad del resto del miembro. El antebrazo permanece en una férula (generalmente una férula por encima del codo de tipo Muenster o un yeso que limita la rotación del antebrazo); esta solo se retira para fines de higiene y, hacia el final de la fase, para realizar las primeras rotaciones suaves. Los dedos se mueven desde el primer día.

Para su terapeuta de mano:

Educación y precauciones - Inmovilizar con la férula prescrita (tipo por encima del codo/Muenster, o según indicación del cirujano), limitando la **rotación del antebrazo**; retirarla únicamente para higiene y ejercicios autorizados. - **Prohibida toda rotación forzada del antebrazo**; no se permite soportar peso ni realizar torsiones con el antebrazo operado. - Asegurar al paciente que la debilidad inicial para agarrar y la hinchazón en el lado cubital son efectos esperados.

Manejo - Herida: aplicar los apósitos quirúrgicos indicados; vigilar posibles signos de infección. - Edema: mantener la extremidad elevada, realizar movimientos de bombeo suaves con la mano y aplicar hielo según sea necesario. - Ejercicios: **movilidad activa de dedos, pulgar y, si la férula lo permite, del hombro desde el primer día**; movilidad suave del codo según lo permita la férula; introducir **rotaciones activas suaves y sin dolor del antebrazo** en los últimos días de esta fase, siempre que el cirujano autorice retirar la férula antes de tiempo.

Criterios para avanzar a la siguiente fase - La herida está cicatrizando; el período con férula (aproximadamente 2-3 semanas en casos de hemiresección aislada) ha finalizado; el cirujano ha autorizado la realización de rotaciones activas.

FASE II – ROTACIÓN TEMPRANA DEL ANTEBRAZO (LA PRIORIDAD) (SEMANAS 2-3 A 6)

Esta es la fase clave. Una vez retirada la férula, la pronación y supinación activas pasan a ser el eje central de la rehabilitación: se deben realizar de forma suave, frecuente, sin dolor y sin carga. También se incorpora el movimiento de la muñeca. Dado que la rotación es la función que se busca restaurar mediante la cirugía, se trabaja activamente en ella mientras se evita cualquier tipo de carga.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Pronación/supinación activa y pasiva del antebrazo (objetivo: alcanzar aproximadamente 80° en cada dirección, según estudios de resultados); amplitud de movimiento de muñeca y dedos; dolor en la zona ulnar de la muñeca; hinchazón; evaluación de la herida y la cicatriz

Educación y precauciones - **La rotación del antebrazo es la prioridad:** realizar pronación/supinación activa, frecuente, sin dolor y sin carga; mantener el codo pegado al costado para aislar el antebrazo - **No realizar rotaciones con resistencia ni carga, ni ejercicios de agarre intenso o tareas que impliquen torsión hasta aproximadamente la semana 6-8** - Algunas férulas limitan aún más la rotación en sus extremos durante unas semanas tras retirar el yeso; respetar cualquier límite indicado

Manejo - Ejercicios: pronación/supinación activa y asistida como foco principal; flexión/extensión activa de la muñeca y desviación radial/ulnar; continuar con ejercicios de amplitud de movimiento de dedos y agarre (sin resistencia aún); iniciar cuidados de la cicatriz una vez que la herida haya cicatrizado por completo - Utilizar modalidades terapéuticas para controlar el edema y la cicatriz según sea necesario

Criterios para avanzar - Rotación activa del antebrazo cómoda, controlada y casi completa, sin dolor; herida totalmente cicatrizada; dolor $\leq 3/10$; ausencia de dolor en la zona ulnar al realizar movimientos de rotación suaves

FASE III – FORTALECIMIENTO Y REINCORPORACIÓN (SEMANAS 6-8 EN ADELANTE)

Una vez restaurada la rotación y sin dolor, se inicia el fortalecimiento de forma gradual: primero la fuerza de prensión, luego la **rotación de antebrazo con carga**, vigilando especialmente cualquier inestabilidad dolorosa del muñón cubital o convergencia radioulnar bajo carga. La reincorporación a trabajos más exigentes y a la práctica deportiva se basa en criterios específicos.

Para su terapeuta de mano:

Evaluaciones - Fuerza de prensión comparada con el lado contralateral (los estudios muestran una recuperación hacia aproximadamente 85-90% de la fuerza del lado opuesto); fuerza de rotación de antebrazo y presencia de dolor o inestabilidad durante la rotación **con carga**; pruebas funcionales y específicas para el trabajo o el deporte, según corresponda.

Instrucciones y precauciones - Iniciar primero con **prensión resistida**, luego con **rotación de antebrazo con carga gradual** (por ejemplo, girar un martillo con un peso ligero) a partir de las seis a ocho semanas; aumentar

la carga lentamente. - Estar atento a cualquier **inestabilidad dolorosa del muñón cubital o convergencia radioulnar bajo carga axial o rotacional**: si aparecen síntomas, reducir la carga y consultar al cirujano.

Manejo - Ejercicios: fortalecimiento progresivo mediante prensión y trabajo con plastilina; pronación/supinación resistida de grado gradual (de ligera a moderada); cargas específicas según la actividad; continuar con ejercicios para mantener el rango de movimiento restante. - Considerar el alta terapéutica cuando la rotación y la fuerza de prensión sean funcionales, casi simétricas y se haya logrado una recuperación adecuada de la función. - Derivar nuevamente al médico tratante si la recuperación se estanca, o si persiste dolor en el lado cubital bajo carga, lo cual podría indicar inestabilidad o convergencia del muñón.

Criterios para reincorporarse a actividades con carga o deportivas - Fuerza de prensión y rotación casi simétrica; rotación con carga sin dolor; ausencia de inestabilidad en las pruebas funcionales.

Volver al trabajo y a las actividades cotidianas

Se recomienda realizar desde el principio actividades cotidianas ligeras con la mano (comer, escribir, cuidados personales sencillos), siempre dentro de los límites de la comodidad, siempre que no impliquen torsiones forzadas o con carga del antebrazo. Dado que su antebrazo lleva una férula desde el inicio y debe ser capaz de controlar el volante de forma segura (incluida su rotación), planifique contar con ayuda para el transporte durante las primeras semanas; la conducción podrá reanudarse una vez que se retire la férula y pueda rotar el antebrazo de manera cómoda y segura para maniobrar, según se confirme en su revisión médica.

Las tareas que requieren torsión con carga (abrir frascos difíciles de abrir, retorcer objetos, usar un destornillador, llevar bolsas pesadas con ese lado del cuerpo) deberán esperar hasta que se autorice el fortalecimiento muscular (normalmente alrededor de seis a ocho semanas), y entonces se irán incorporando gradualmente. El regreso a trabajos manuales más exigentes y a la práctica deportiva sigue el mismo criterio de progresión y depende de recuperar una rotación del antebrazo y una fuerza de agarre casi simétricas, sin dolor; esta evaluación la realizarán el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano, no únicamente el calendario.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo se complementa con las recomendaciones generales de recuperación del consultorio; consulte [control del dolor postoperatorio](#), [cuidado de la herida](#) y [manejo de las cicatrices](#). Si su problema en la articulación radioulnar distal se originó tras una fractura de muñeca, el protocolo de [fijación de fractura del radio distal](#) le resultará de gran utilidad. El plan por fases descrito anteriormente se basa en las guías de rehabilitación publicadas tras la hemirresección de la articulación radioulnar distal; su recuperación continua será guiada individualmente por el Dr. Hirpara y su terapeuta de mano, según la evolución de su antebrazo.